



**En cas de dossier incomplet,
La demande de préinscription ne sera
pas prise en compte.**

Conditions générales

Conditions de règlement :

Le paiement, peut être effectué par prélèvement, par chèque, ou par espèce, dans ces 2 derniers cas à la trésorerie d'Ancenis, sous quinzaine dès réception de la facture qui vous sera envoyée

Modifications :

Annulation du fait des familles :Sauf sur justificatif médical ou autre, chaque absence non signalée entraînera la facturation de la prestation réservée. Art.: 2- f) du règlement intérieur
Si les circonstances l'exigent ou en cas d'insuffisance de participants, le SIVOM se réserve le droit d'annuler ces séjours.

Pièces à joindre :

1 bulletin de préinscription par enfant.

Après validation de votre inscription, une fiche sanitaire vous sera fournie, elle sera à rendre accompagné d'une attestation d'assurance lors de la réunion.

Santé et recommandations médicales :

Aucun médicament ne peut être administré à votre enfant sans ordonnance médicale récente à son nom. Si votre enfant suit un traitement, les médicaments doivent être confiés impérativement au directeur du séjour et non à l'enfant.

Je soussigné.....responsable légal de l'enfant inscrit :

- 1/ autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées,
- 2/ certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- 3/ dégage les organisateurs de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir durant le séjour,
- 4/ autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale,
- 5/ dégage le SIVOM de toute responsabilité en cas de perte ou vol d'objets personnels (vêtements, bijoux, jouets...).
- 6/ photo et image : les enfants sont régulièrement filmés ou pris en photo dans le cadre des activités. J'autorise la diffusion de photo et image de mon enfant:

Oui Non

Faire précéder la signature de la mention lu et approuvé

Date :

Signature :

Séjours été 2018

5/10 ans

Dossier de Pré-inscription

**P
I
a
c
e
s

l
i
m
i
t
é
e
s**



1 séjour 9/10 ans

(24 places)

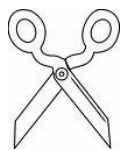
1 séjour 7/8 ans

(20 places)

1 mini camp 5/6 ans

**Jason Thezenas, Service enfance jeunesse du secteur de Riaillé,
MSAP, Rue du cèdre, 44440 Riaillé
02.28.01.89.19 / serviceenfancejeunesse@orange.fr**

Attention, les places sont limitées.



Bulletin de préinscription Séjours 2018

Montant du séjour :

~ « AU PAYS DE MAYA »

— « TOUS EN PISTE »

~ « OUST, TOUS DANS L'MEME BATEAU »

Ceci est un dossier de préinscription. Il est à remettre à l'accueil périscolaire de votre commune entre le 16 Avril et le 23 Mai.

La sélection des dossiers se fera en fonction des critères suivants:

1er critère: priorité aux enfants qui n'ont pas participé aux séjours de 2016 et 2017

2nd critère: priorité aux enfants qui fréquentent l'accueil périscolaire et l'accueil de loisirs régulièrement.

Si à la suite de ces critères des places sont encore disponibles, un tirage au sort sera fait entre les dossiers restants.

Vous serez prévenu le 28 Mai au plus tard par mail si le dossier de votre enfant a été retenu.

Merci d'indiquer votre adresse mail en majuscule :

.....

Facturation des activités :

L'accueil de loisirs ainsi que les séjours sont des services payants faisant l'objet d'une facturation réalisée en fonction du quotient familial CAF ou MSA. Pour calculer le tarif qui vous sera appliqué personnellement, vous devez multiplier votre quotient familial par le taux d'effort ci-dessous :

Séjours : Q.F. x 3.082 % x Nombre de jours

Exemples Tarifs selon Q.F	Tarifs journaliers
588 x 3.082%	18€12
1042 x 3.082%	32€11

Les tarifs définis par ce mode de calcul « QF x Taux d'effort » ne peuvent être en dessous de 8.89€ et dépasser 45.49€ par jour.

Enfant :

NOM : PRENOM :
 Date de naissance :...../...../..... Age :..... Sexe : Masc. Fém.
 Classe fréquentée : Maternelle Primaire

Responsable(s) de l'enfant:

NOM..... PRENOM :
 Qualité père mère tuteur
 Adresse :
 Code postal : Commune :
 ☎ Domicile : } Portable :
 Employeur du père : ☎ :
 Employeur de la mère : ☎ :
 Situation familiale : célibataire vie maritale mariés séparés
 divorcés veuf(ve) Nombre d'enfants à charge :
 Régime : CAF n° Allocataire..... MSA
 Quotient Familial (obligatoire):

Personnes à joindre en cas d'urgence en dehors des responsables légaux:

Nom, prénom:..... Qualité:..... Tél :.....
 Nom, prénom:..... Qualité:..... Tél:.....
 Nom, prénom: Qualité :..... Tél:.....
 Nom, prénom: Qualité :..... Tél:.....

Information médicales:

Médecin traitant : Nom ☎ :

Vaccinations :

DTPolio Date vaccination :...../...../..... Test tuberculinique Date :...../...../.....
 Date dernier rappel :...../...../..... Test : positif négatif

Informations médicales importantes nécessitant d'être signalées : Contre-indications alimentaires, Allergies..

.....
